

Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie

Ellen Corin

Volume 17, numéro 1-2, 1993

Folies / espaces de sens

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015248ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015248ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

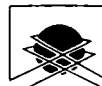
Corin, E. (1993). Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie. *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2), 5–20.
<https://doi.org/10.7202/015248ar>

PRÉSENTATION

Les détours de la raison

Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie

Ellen Corin



Une rencontre problématique

Poser la question des relations entre folie et culture demande que chacune des notions possède en elle-même ou dans ses marges la place pour un écho possible de l'autre, ou tout au moins une zone d'ombre que l'autre pourrait contribuer à enrichir. Autour des années cinquante, on peut dire que les rapports entre psychiatrie et anthropologie se sont organisés comme des rapports de bon voisinage, chacune des disciplines demeurant distincte et empruntant à l'autre un certain nombre de concepts ou de processus lui permettant de poursuivre et d'articuler son propre questionnement.

Dans la foulée de la colonisation, un certain nombre de psychiatres avaient été amenés à exercer leur pratique dans des sociétés non occidentales et s'étaient montrés intrigués par certaines particularités de ce qu'ils y observaient : la prévalence relative des problèmes semblait varier d'une culture à l'autre, tout comme leur mode d'expression et leur évolution. Certains syndromes paraissaient ne coïncider avec aucune des catégories nosographiques établies en Occident, les *culture bound syndromes*, et mettaient ainsi directement en question l'universalité, ou tout au moins le caractère exhaustif, de la nosographie psychiatrique occidentale. Dans ce contexte, c'est vers l'anthropologie qu'on se tournait afin de mieux comprendre l'arrière-plan culturel et la signification des particularités observées. Le recours aux modes d'éducation, aux relations familiales, aux rapports entre les sexes, aux conceptions de la personne permettait de formuler des hypothèses inspirées par les théories relatives au développement de la personnalité et au rôle des mécanismes de défense dans la vie psychique. Les anthropologues de leur côté s'intéressaient à ce qui « tient » une société, à ce qui la fait fonctionner et certains d'entre eux jugeaient intéressant dans ce contexte d'examiner la manière dont les phénomènes culturels se trouvent à la fois condensés et reproduits dans les pratiques de socialisation. La question de l'universalité culturelle des critères permettant de définir la normalité, la marginalité et la déviance se trouvait également au centre de nombreux débats et affrontements qui amenaient chacune des disciplines à devoir définir, redéfinir ou justifier ses postulats à travers le dialogue avec l'autre.

L'évolution respective des approches psychiatriques et anthropologiques a déplacé et rendu paradoxal le lieu de leur rencontre possible. D'une part, en

psychiatrie, les modes de connaissance et de pratique se sont recentrés autour du noyau biomédical des troubles psychiatriques et se referment de plus en plus autour de ce seul paradigme. D'autre part, l'évolution récente de l'anthropologie a vu se déployer un ensemble de travaux et de réflexions autour des notions d'expérience et de subjectivité, que ce soit par le biais de l'évocation de l'ancrage dans la corporéité de processus cognitifs complexes, ou par celui d'un intérêt pour la dimension culturelle des émotions ou encore pour le réseau des influences réciproques entre expérience personnelle et processus sociaux et culturels. Parallèlement, l'anthropologie a pris comme objet d'étude le processus même de la construction du savoir anthropologique et, plus généralement, de tout savoir scientifique. La relativité des connaissances médicales et psychiatriques et les enjeux de pouvoir et de légitimité qui les sous-tendent ont ainsi constitué la cible privilégiée de l'anthropologie médicale critique.

Dans ce contexte, la poursuite du dialogue entamé jadis entre psychiatrie et anthropologie se révèle triplement problématique : en raison du resserrement des approches psychiatriques ; en raison des prétentions de l'anthropologie à mettre en place un savoir parallèle, et qui se suffit, sur l'expérience subjective et ses aléas ; et en raison du regard critique que chacune des disciplines jette sur l'autre, s'accusant mutuellement de naïveté, qu'il s'agisse d'une naïveté scientifique dans le regard que porte la psychiatrie sur l'anthropologie ou d'une naïveté épistémologique dans celui que l'anthropologie porte sur la psychiatrie.

Comme l'illustre ce numéro, un petit nombre de chercheurs ont malgré tout continué à explorer cette zone frontière entre anthropologie et psychiatrie, mais à partir d'une position qui me paraît s'être déplacée et dont l'enjeu ultime est de réouvrir des approches cliniques qui se ferment de plus en plus aux dimensions humaines de l'expérience psychopathologique. Conjuguant les perspectives de l'anthropologie interprétative et de l'anthropologie critique, les auteurs ne se limitent plus à invoquer l'importance de tenir compte de la culture dans les pratiques de l'ailleurs, comme l'a fait remarquablement le groupe de Dakar autour d'Henri Collomb dans les années soixante et soixante-dix ; il s'agit maintenant de réintroduire un processus d'ouverture et de redéploiement au cœur du savoir dominant des sociétés occidentales. Les articles présentés ici explorent diverses façons de le faire, à partir d'un détour par la construction culturelle de l'expérience dans d'autres sociétés, à partir d'une réflexion sur les fondements culturels et sociaux de la santé mentale et, plus fondamentalement, à partir de la mise en scène de perspectives plurielles, qu'elles se tissent dans le jeu des rapports entre les acteurs en cause ou à travers les jeux de langage et d'expression auxquels ils recourent pour donner sens à une expérience qui demeure toujours de l'ordre de l'indicible, de la souffrance et de l'angoisse.

Le paradigme biomédical et ses dérives

Dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* (1971), Foucault a montré comment, en Occident, la gestion de la folie et de ses excès s'était progressivement mise en place, au fur et à mesure que la déviance qu'elle indiquait se distinguait des autres formes de marginalité, que sa prise en charge relevait du traitement moral

plus que du gardiennage et que la folie était observée et cataloguée par un regard médical soucieux de se donner, à travers la classification des phénomènes, les outils de leur maîtrise au moins virtuelle.

Malgré ce mouvement, la psychiatrie est restée longtemps une discipline marquée par une certaine fluidité dont on peut penser qu'elle faisait écho à la complexité des phénomènes humains dont il s'agissait de rendre compte. Les critères de définition des grands syndromes psychiatriques variaient selon les écoles, les époques et les régions ; on observait aussi des différences considérables dans les manières de les appliquer ; enfin, la valeur prédictive des diagnostics se révélait relativement faible, l'évolution des problèmes semblant répondre à des facteurs difficiles à saisir. Dans ce contexte, le projet de Kraepelin d'élaborer une classification des problèmes psychiatriques fondée sur la correspondance entre symptômes morbides, processus étiopathologiques et réactions au traitement demeurait un idéal très lointain. En parallèle se développaient des approches directement inspirées de la phénoménologie allemande et cherchant à saisir les troubles psychiatriques majeurs sur leur double arrière-plan d'un processus morbide sous-jacent, d'ordre organique, et d'une expérience vécue modulée par ce processus (Ey *et al.* 1974 ; Jaspers 1963).

Dans les années quatre-vingt, la nosographie psychiatrique nord-américaine a connu une réorientation radicale avec la publication de la troisième version du *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-III) qui s'est rapidement imposé comme l'Instrument diagnostique dans le domaine psychiatrique. La construction du DSM-III a été principalement animée par un souci d'objectiver le diagnostic en psychiatrie, c'est-à-dire de le faire reposer sur des signes purement objectifs, identifiables et classifiables de manière identique par différents observateurs, quelles que soient leur école de pensée ou la société à laquelle ils appartiennent. Il s'agit donc explicitement de bannir toute subjectivité du diagnostic, qu'il s'agisse de celle du patient ou de celle du clinicien. La diffusion exceptionnelle qu'a connue le DSM-III s'est faite parallèlement à l'expansion rapide des traitements psychopharmacologiques et à celle des connaissances concernant la neurobiologie des troubles psychiatriques. Le fait de privilégier un traitement psychopharmacologique des troubles psychiatriques impliquait que l'on puisse poser un diagnostic le plus précis possible et que l'on prête une grande attention aux questions de diagnostic différentiel. Il s'agissait de pouvoir transcender tout infléchissement de la psychopathologie par des facteurs personnels et culturels et de rejoindre le noyau « réel » et métaculturel des troubles. La construction du DSM-III s'inscrit donc dans le mouvement d'une médicalisation plus générale, et revendiquée, d'une psychiatrie proclamant son statut de spécialité médicale comme les autres (Klerman 1984).

Le fait de mettre l'accent sur la dimension neurophysiologique des troubles psychiatriques n'est pas en soi nouveau et plusieurs ont décrit le mouvement de balancier qui a caractérisé l'histoire de la psychiatrie, entre approches biomédicales et psychosociales (Leighton 1982). Ce qui me paraît nouveau cependant est le caractère radical que prend actuellement cette dimension. Le projet kraepelinien a été « radicalisé », au sens où les développements futurs de la classification des troubles psychiatriques et l'amélioration des diagnostics sont perçus comme dé-

pendant de l'évolution des connaissances biogénétiques, c'est-à-dire de la découverte de nouveaux mécanismes neurochimiques, neuropathologiques, génétiques ou environnementaux (complications périnatales) associés à divers types de troubles. Parallèlement, on observe une tendance à expliquer les différences importantes observées entre les individus et entre les cultures quant à l'évolution de problèmes psychiatriques apparemment similaires par une hétérogénéité de fait de la maladie en ce qui concerne les mécanismes pathophysiologiques. Ainsi, la marge d'incertitude qui continue à caractériser de manière essentielle les connaissances relatives aux troubles psychiatriques et à leur évolution est ainsi recadrée et reformulée dans le cadre du paradigme lui-même : loin d'être une invitation à ouvrir ou à élaborer des pistes complémentaires de compréhension, ce qui résiste se voit résorbé dans le schème du déjà connu.

Ce mouvement a des répercussions extrêmement importantes en clinique psychiatrique, en circonscrivant de manière très étroite la gamme des informations à obtenir du patient et de son entourage et en orientant les plans de traitement. On peut dire qu'à l'extériorité croissante de la démarche diagnostique correspond celle de la thérapie et du suivi. Si quelques références sont encore faites dans les recherches à des facteurs psychosociaux ou socioculturels, c'est en termes de variables objectivables par des mesures simples et qui ne feraient qu'infléchir un processus psychophysiologique central.

On peut donc parler d'une certaine démesure, au sens de l'hybris des Grecs, dans le développement du paradigme neurobiologique en psychiatrie, démesure qui situe cette dernière dans une position paradoxale. Alors que la compréhension des problèmes de santé physique semble s'ouvrir à l'idée de l'influence des facteurs émotionnels sur les troubles somatiques et leur évolution, à travers notamment les travaux en psychoneuroimmunologie (Biondi et Kotzalidis 1990 ; Dantzer et Kelley 1989 ; Kiecolt-Glaser et Glaser 1989), les psychiatres semblent hypostasier l'action des facteurs somatiques sur le psychisme. On pourrait montrer que les recherches deviennent alors autoconfirmatoires, le paradigme prédefinisant ce qui compte comme valable ou non et les instruments d'observation et de mesure étant construits en conséquence.

En fait, la psychiatrie neurobiologique dans sa forme radicale n'est pas la seule à s'attaquer à la fluidité relative et à la marge d'incertitude inhérente aux problèmes psychiatriques. À sa manière, la critique des enjeux de pouvoir et de normalisation impliqués dans l'étiquetage d'un individu comme souffrant de problème de santé mentale peut également aboutir à minimiser l'intensité et la portée des dimensions d'inquiétude, d'incertitude et de souffrance qui imprègnent de part en part l'expérience. Toute construction de savoir dans le domaine des troubles mentaux risque de participer paradoxalement au mouvement de fermeture qu'elle dénonce, en le renouant à un autre niveau qui, comme le premier mais d'une autre façon, éliminerait la valeur de mise en question que renferment les problèmes psychiatriques pour le personnes, leur entourage, les praticiens et la société. Dans le cas des approches psychiatriques, la question du sens se trouve rabattue sur l'ordre biologique et génétique. Les approches critiques risquent de la ramener à des rapports de domination et de pouvoir plus faciles à identifier et à circonscrire que les fantasmes et les peurs que l'homme porte en lui.

Un des enjeux de l'anthropologie médicale critique actuelle me paraît être de chercher à élucider les forces macro- et micro-sociales qui contribuent à définir à la fois la matrice de l'expérience individuelle, la construction des connaissances qui la concernent et leur mise en acte, tout en mettant toujours cette analyse en tension avec une interrogation tournée vers l'« inquiétante étrangeté » qui traverse l'expérience des troubles mentaux et nous interpelle dans notre position de chercheur et dans notre propre fragilité personnelle.

Il serait cependant partial et partiel de faire reposer sur les épaules des seuls professionnels ou des chercheurs la responsabilité du mouvement d'occultation que j'ai évoqué. Le succès extrêmement vif que rencontrent les théories neurophysiologiques et génétiques auprès des familles et, dans une moindre mesure, auprès des patients indique l'écho qu'éveille ce que j'ai appelé plus haut le colmatage du sens et son rabat sur l'ordre physiologique. Tout comme les systèmes médicaux décrits par les anthropologues, la psychiatrie est également une ethnomédecine, au sens où elle reflète une vision culturellement construite de la réalité et est partie prenante de l'univers culturel des sociétés occidentales avancées. Des recherches effectuées à Montréal auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et de leur famille indiquent cependant que la question du sens demeure ouverte et inlassablement reprise, mais de manière éclatée et en marge des positions publiques adoptées par les différents acteurs. On peut se demander dans quelle mesure le problème que posent les savoirs et pratiques officiels dans le domaine psychiatrique ne reflète pas une faillite plus générale de notre société à maintenir en tension une représentation technologique d'elle-même, axée sur la maîtrise au moins potentielle du monde, et des espaces de marge ou de jeu où l'incertitude pourrait prendre visage, se dire et devenir source de mouvement.

Lors de sa discussion d'un ensemble de textes qui portaient sur le rapport entre cultures, thérapies et santé mentale, Henri Grivois (1987) a souligné la fonction qui revient, au sein des démarches thérapeutiques, à une certaine méconnaissance : elle serait l'indice, pour le patient tout comme pour le thérapeute, d'une possibilité de se prémunir contre les tentatives ou les risques de fusion et d'identification mimétique. Si l'on peut penser qu'actuellement les référents neurobiologiques protègent contre une tentation de fusion, au sens où ils viennent « neutraliser » (affecter de neutralité) les termes de la rencontre, les risques de collusion entraînés par la prétention au moins virtuelle à un « tout savoir » sur la pathologie et sur la thérapie ne sont pas disparus mais ont changé de visage.

Il faut en outre souligner l'analogie qui existe entre ce « remplissement de sens » que visent ultimement certaines approches neurobiologiques et le « plein » de la psychose. Le philosophe phénoménologue Maldiney (1986) remarquait que ce qui obsède le psychotique est la « compacité de l'étant » qui se trouve ainsi soustrait à toute possibilité d'approche et d'éloignement. Il ne serait pas étonnant que faisant ainsi le jeu de la psychose, les projets actuels de traitement et de réadaptation en accentuent la chronicité.

Le jeu de la culture et du langage

Face à ce blocage du sens ou à sa « massification », un des rôles importants de l'anthropologie est d'articuler d'autres visions possibles de la folie et des troubles

mentaux. Le projet n'est pas de proposer un schème alternatif de compréhension qui serait à la fois multidimensionnel et plus complexe ; partant d'une réflexion sur la notion d'expérience, sur ses ancrages et sur la folie, il s'agit plutôt d'ouvrir des brèches, de réintroduire de l'épaisseur dans la dimension et la compréhension des phénomènes, de chercher à rendre compte des « blancs » de sens, des déplacements, des processus de symbolisation qui participent à son élucidation et à sa reconstruction.

La nécessité d'effectuer une telle démarche de décentration s'impose depuis l'intérieur même du champ de la folie et des troubles psychiatriques, à travers ce en quoi il déborde de manière essentielle ce qu'en retient et en construit le savoir psychiatrique : que ce soit en ce qui a trait à ce que le signe inclus dans la nosographie met de côté ou échoue à intégrer, ou à ce qui, dans les discours et pratiques concernant la folie, a partie prenante à autre chose que l'on ne peut choisir impunément de cliver ou de mettre de côté.

Sémiotique et culture

La critique d'une approche empiriste des catégories médicales, qui suppose qu'à la maladie nommée correspond une entité objective adéquatement décrite par l'étiquette de maladie, a souvent été faite à partir du constat subjectif de l'existence d'un surplus de sens qui déborde la maladie-entité et d'un souci de réintroduire une approche humaniste, expérientielle et culturelle dans la construction du savoir médical (Good et Good 1981 ; Kleinman 1988). Les travaux réalisés dans cette ligne en ont montré la fécondité, et plusieurs textes publiés dans ce numéro illustrent la richesse de cette approche. Je propose cependant de suivre ici un autre parcours qui lui est complémentaire. Comme le système diagnostic DSM-III constitue le symbole de l'évolution récente du paradigme psychiatrique, je propose de repartir d'une réflexion sur la manière dont un comportement ou une plainte se voit articulé en signe ou symptôme et de prendre appui sur les perspectives et approches développées en sémiologie pour tracer les repères d'une contribution de l'anthropologie à l'approche de la folie et des problèmes psychiatriques.

Dans son analyse de la sémiologie médicale, Lanteri-Laura (1973) met l'accent sur l'écart nécessaire qui sépare la demande du patient, laquelle concerne toujours d'une façon ou d'une autre la souffrance et la mort, et le diagnostic formulé à l'issue de l'examen clinique. Il montre comment le clinicien vise à traverser les singularités du sujet pour ne retenir de ce qu'il présente que ce qui fait sens dans le cadre de la grille conceptuelle dont il dispose. Lanteri-Laura note ainsi que la sémiologie ne peut se servir que des signes qu'elle a déjà codifiés et dont elle connaît l'usage. La sémiologie médicale repose sur une double réduction, celle d'un discours dont ne sont retenus que les éléments correspondant aux éventualités du savoir sémiologique en fonction duquel est définie la compétence propre du clinicien, et celle d'un corps dont les aspects expressifs ont à s'effacer devant ce qu'il révèle de l'anatomie et de la physiologie ; cette double réduction signifie la mise entre parenthèses du sujet même qui fait la demande.

Il est possible sur cette base de prendre la mesure des défis que rencontre le diagnostic en psychiatrie et de mieux cerner la spécificité de la sémiologie psychiatrique. Selon Lanteri-Laura, la source de cette spécificité est double. La

première tient à l'imprécision qui existe quant aux limites du champ de référence légitime de la psychiatrie : « à la limite, rien n'en relève à juste titre et tout finit par y mener » (1973 : 37101 A10-6). La seconde tient au caractère problématique que revêt en psychiatrie la double réduction qui conditionne la possibilité de sémiologie médicale : nous ignorons ici si tel ou tel aspect du discours du patient a de l'importance pour l'examen ; la référence faite au corps concerne ce dernier en tant qu'existant expressif, investi par le sujet et par la culture ; la sémiologie psychiatrique ne peut mettre entre parenthèses le sujet lui-même puisque l'atteinte qu'il s'agit de diagnostiquer est aussi celle du sujet (Lanteri-Laura 1973). Dans ce contexte, les signes cliniques portent la marque essentielle du rapport qui se noue entre patient et clinicien : cette lecture ne peut donc jamais prétendre à l'exhaustivité et demeure en tension avec des lectures complémentaires, effectuées sous d'autres angles, de la manière dont l'expérience se trouve altérée et s'exprime en d'autres lieux, avec d'autres types d'interlocuteurs. Un principe d'ouverture doit ainsi à la fois traverser et problématiser la démarche sémiologique, pas nécessairement pour annuler cette dernière qui fonde et délimite le champ de compétence de la psychiatrie mais pour la compléter, la complexifier, l'ouvrir et en rappeler l'incomplétude essentielle.

Cet appel à une ouverture de la sémiologie psychiatrique, que Lanteri-Laura légitime implicitement à partir des caractéristiques de son objet, s'impose de manière plus radicale et se précise lorsque l'on retourne aux principes d'analyse élaborés en sémiologie générale. Il est acquis en sémiologie que le signe ne représente jamais la réalité que sous un certain point de vue. Ce que Eco (1988) appelle le « renvoi » du signe, ou ce « quelque chose » dont tient lieu le signe est en quelque sorte toujours ailleurs. S'appuyant sur l'approche piercienne, Eco rappelle qu'à l'identification d'un signe correspond un « objet immédiat », qui est cet aspect de l'objet que je repère à partir du signe parallèle qu'il évoque en moi et des rapports d'opposition et de ressemblance que ce signe parallèle entretient dans mon système de représentation avec d'autres signes. Cet objet immédiat, qui est le référent de ce qu'en désigne l'interprète et qui dépend du registre de signes dont il dispose, ne peut donc se confondre avec l'« objet dynamique » qui serait la « chose en soi » qui stimule la production du signe mais est toujours ailleurs. Dans ce contexte, l'interprétation d'un signe ne peut jamais épuiser la réalité ; en même temps, elle lui ajoute quelque chose ou en fait connaître quelque chose de plus par le jeu de résonances et appartenances entre les chaînes d'interprétants ou de « signes psychiques » évoqués chez l'interprète. Eco note que les processus sémiologiques procèdent ainsi par des déplacements continuels qui renvoient un signe à d'autres signes ou à d'autres chaînes de signes ; ils circonscrivent les signifiés de façon asymptotique, sans jamais les « toucher » directement. Poussant à l'extrême cette logique, Barthes soutient ainsi qu'« interpréter un texte, ce n'est pas lui donner un sens, c'est au contraire apprécier de quel pluriel il est fait » (1970 : 11).

Pour redéployer ce caractère pluriel du texte, les sémioticiens ont proposé plusieurs pistes d'analyse. Je me contenterai d'en signaler trois qui permettent chacune d'articuler ou de préciser un projet anthropologique virtuel en regard de la connaissance et de la compréhension de la folie et des troubles psychiatriques. Les auteurs retenus se rejoignent autour de la critique d'une approche « substantive » des termes et expressions, qui chercherait à en définir le sens de manière fermée et

en fonction d'un certain nombre de traits distinctifs comme le fait le dictionnaire. Cette position me paraît dessiner le cadre plus général à l'intérieur duquel doivent être situées les critiques anthropologiques du modèle empiriste du langage médical.

Barthes (1970) articule sa critique à partir d'une opposition à la tendance à effectuer un tri dans les informations entre ce qui serait essentiel ou pertinent et ce qui serait contingent ou second. Il s'oppose plus généralement à la hiérarchie établie dans la langue entre le dénoté, objet du dictionnaire et d'une syntaxe, et le connoté qui se déploierait en marge du sens premier du texte et viendrait en qualifier des aspects secondaires. Il note : « or, l'enjeu de cette hiérarchie est sérieux : c'est retourner à la fermeture du discours occidental (scientifique, critique ou philosophique), à son organisation centrée, que de disposer tous les sens d'un texte autour du foyer de la dénotation (le foyer : centre, gardien, refuge, lumière de la vérité) » (1970 : 13-14). La connotation constitue au contraire une des voies d'accès à la polysémie du texte.

Les connotations ne sont pas inhérentes à un terme ou à une expression. Elles ne surgissent qu'à travers les associations et récurrences qui apparaissent au fil du texte, ce que Barthes appelle les corrélations immanentes au texte, et à travers leur rapport à d'autres expressions situées à l'extérieur du texte même. Transposé au champ de la santé mentale ou de la folie, cette perspective indique qu'un affect, une perception ou un comportement n'impliquent pas de sens inhérent et objectif. Les associations que définissent les syndromes de la nosographie psychiatrique sont d'un autre ordre puisqu'elles opèrent à partir de la cooccurrence de traits définis dans leur objectivité. Le fait d'entrer dans l'ordre de la connotation et d'en faire une voie d'accès essentielle à la connaissance demande de prêter attention à des associations plus subtiles, qui mettent en jeu l'épaisseur du sens autant que la surface des cooccurrences et qui suivent les résonances et assonances qui se déploient en filets ou en grappes et concernent ce qui advient en marge de la rencontre clinique, connectant les gestes du quotidien à l'imaginaire personnel et collectif et à la trame sociale et culturelle. On peut postuler que dans la perspective ouverte par Barthes, les questions de « style » et de « sens » sont aussi importantes que celles de contenu. L'enjeu pour l'anthropologie serait de contribuer à un redéploiement de l'observation et de l'écoute, en y incluant des registres qui échappent au dialogue clinique classique, même le plus ouvert, tout en systématisant leur analyse. J'ai illustré ailleurs comment cette perspective permet de distinguer chez des personnes souffrant de schizophrénie une position de « retrait positif » associée à une réarticulation de l'expérience de ce que l'on qualifie de « symptômes négatifs », indicateurs de mauvais pronostic, dans la documentation psychiatrique (Corin 1990).

De Kristeva (1969), je retiens trois aspects particuliers. Le premier est l'accent qu'elle met sur la dimension intertextuelle de l'analyse sémiotique. Faisant écho à Barthes, elle souligne davantage la nécessité d'explorer systématiquement le rapport entre un texte et ce qui le déborde. Ainsi, si l'analyse doit examiner comment s'organise la séquence des énoncés qu'une pratique textuelle assimile dans son espace, il faut aussi décrire les textes extérieurs ou les autres pratiques sémiotiques auxquelles renvoie une organisation textuelle ou une pratique sémiotique. Les textes culturels forment ainsi un « tissu » constitué de multiples fils et de nœuds, à

travers un processus de tissage. Le travail de l'interprète est de déterminer les patterns et les nœuds clés de cette trame. Chaque texte doit ainsi être relié à d'autres textes et lu ultimement sur l'arrière-plan du contexte socioculturel et politique (Bibeau et Corin, sous presse). Le deuxième élément que je retiens de Kristeva est la nécessité d'inclure dans l'analyse le processus même de production de l'analyse sémiologique, préfigurant le retour critique de l'anthropologie actuelle sur sa démarche de construction des connaissances. Toute analyse sémiotique doit ainsi s'accompagner d'un retour sur ses propres fondements et, à travers ce retour, les penser et les transformer. Le troisième élément est sa réflexion sur le statut épistémologique du texte particulier par rapport à la construction d'un savoir qui fasse autorité. Kristeva oppose ainsi l'« œuvre littéraire », décrite comme sourde et aveugle au registre des strates différenciées, à la particularité du texte, terrain où se joue un remaniement épistémologique, social et politique. Le texte est ce qui ne peut être pensé dans le cadre du système de pensée qui fonde l'intelligence à une époque particulière, ce qui en dessine les limites. Il faut ainsi « interroger ce qui cerne le champ d'une certaine logique connaissante à force d'en être exclu, et qui permet par son exclusion même qu'une interrogation se poursuive... » (1969 : 26). Il s'agit donc à la fois de ne pas admettre l'exclusion de ce qui rend possible une science des systèmes signifiants tout en se refusant à se l'approprier et en marquant pour commencer cette altérité, cet ailleurs. Le rôle de l'anthropologie serait ici de donner forme et parole à ce qui se trouve exclu du système conceptuel qui fonde la compréhension psychiatrique des phénomènes, de préserver son irréductibilité et d'en faire le point d'appui d'une réouverture des systèmes de connaissances.

Eco complète ces perspectives en y introduisant une dimension plus explicitement pragmatique. Dans sa recherche sur la philosophie du langage, il invite à centrer l'attention sur ce qu'il appelle les signifiés situationnels, qu'il oppose aux signifiés conventionnels. Alors que les seconds représentent ce que « dit » une expression selon les conventions et selon une série de définitions qui se trouvent cataloguées dans les dictionnaires, les signifiés situationnels renvoient à ce que quelqu'un « veut dire » (ou entendre) en employant une expression, ou encore à la situation d'énonciation. L'objectif pour Eco est de formuler un modèle capable d'intégrer sémantique et pragmatique, modèle qui relève de l'encyclopédie plus que du dictionnaire : les expressions se voient définies ici non plus en elles-mêmes, mais à travers des scénarios, des cartes. L'encyclopédie est constituée par la somme des propositions synthétiques, des postulats idéologiques, des instructions pragmatiques qui articulent les systèmes prévalents de signification dans une culture et qui aident à y structurer des scénarios préétablis et des interactions (Bibeau et Corin, sous presse).

Dans le domaine de la santé mentale, une lecture se bornant à dresser un catalogue des signes et de leurs associations ne peut jamais être que partielle. Les signes et comportements « pathologiques » sont toujours insérés dans des scénarios auxquels la culture attribue un sens particulier et qui affecte la probabilité de leur occurrence et leur signification dans un certain contexte. La valeur d'un état dissociatif est différente dans une culture qui possède un scénario « possession-transe » et, dans ce contexte, elle varie suivant le moment et le lieu où se manifeste cet état. En demeurant encore essentiellement centrée sur la description de ce qui advient dans des espaces-temps rituels précis ou en prenant comme objet les

significations associées à un terme de maladie particulier, l'anthropologie a encore peu contribué à la détermination de la gamme des scénarios virtuels disponibles dans un espace culturel donné et à l'analyse de la manière dont ils affectent les modes d'expression des symptômes.

Redéployer le pluriel du texte

Cette ouverture à la dimension plurielle des phénomènes me paraît particulièrement pertinente par rapport à l'analyse des processus thérapeutiques. On peut faire l'hypothèse que la réouverture d'un certain jeu du langage et des signifiants est une des voies privilégiées à travers lesquelles opère la thérapie ou la réarticulation de l'expérience. Des observations effectuées dans des contextes très différents m'incitent à penser qu'un des enjeux clés de la thérapie est d'amener à prendre une distance face aux signifiés culturels et à y réinscrire quelque chose de l'ordre d'un jeu (aux deux sens du terme). Je vais en évoquer brièvement deux exemples.

Le premier exemple est celui d'un rituel thérapeutique de possession par les esprits en Afrique centrale, le Zebola, rituel qui met par définition en cause la question de l'identité personnelle, de ses fondements et de ses conditions structurales de possibilité. Dans ce groupe, l'initiation est précédée par une séance de divination qui est décrite comme le premier moment de la thérapie ; une deuxième divination prend place à la fin de la période d'initiation de sorte que l'élaboration ultérieure de la première divination fait partie intégrale de l'initiation elle-même et du traitement. Une comparaison entre les récits divinatoires recueillis ou énoncés au cours des deux divinations indique une certaine « diffusion » du champ étiologique plutôt que sa recentration autour d'un élément clé ou que la construction d'une histoire cohérente ; ceci indique que le processus thérapeutique consiste moins dans la construction d'un récit cohérent que dans la réouverture de chaînes associatives. La portée de cette transformation ressort lorsqu'on l'analyse à la lumière du contraste qu'établit Ricœur (1985) entre histoire et fiction, le récit de fiction introduisant le travail de l'imagination dans la reconstruction du passé et amenant sa refiguration. On peut poser l'hypothèse que le potentiel thérapeutique de la divination Zebola, reconnu par les guérisseurs, est lié à sa capacité à transformer la quête initiale d'une histoire en une fiction narrative qui à la fois révèle, transforme et refigure le passé.

Mon second exemple est emprunté à une recherche effectuée à Montréal auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et où nous avons essayé de dégager les modalités d'expérience et d'être-dans-le monde associées à la possibilité de prendre une distance face aux services psychiatriques (Corin 1990). Dans le contexte de cette étude, nous nous sommes notamment intéressés à la manière dont les personnes se perçoivent et se décrivent en fonction de certains qualificatifs (Corin et Lauzon, sous presse). Un examen attentif des autodescriptions produites par les personnes révèle que leurs récits se distinguent de ceux des patients qui sont réhospitalisés à répétition par une certaine manière de comprendre et d'utiliser les qualificatifs plus que par le contenu de ces derniers. On peut mentionner ici la possibilité de déconstruire des définitions externes, ou fermées, de soi et de redéployer l'ambiguïté associée à des attributs personnels apparemment négatifs : que ce soit en transformant un attribut descriptif ou statique en trait

actif (« je suis simple ; je fais les choses simplement, je suis pacifiste » ; « je suis sentimental : éprouver des sentiments envers des personnes avec qui l'on se trouve ») ; ou en introduisant une nouvelle signification à l'intérieur d'un terme pouvant sembler négatif (« je suis retiré ; je ne sors pas beaucoup, je préfère rester à la maison ; on a à trouver la satisfaction en soi-même » ; « paresseux ; vous ne prenez pas la vie trop au sérieux, vous relaxez mieux ») ; ou encore en contredisant immédiatement un qualificatif négatif que l'on s'est d'abord attribué (« un gars trop gentil ; moi, je dis ce que je pense, ce que je suis ; je ne me préoccupe pas de ce que les autres pensent »).

Ainsi, dans le cas de la divination Zebola comme dans celui des personnes souffrant de schizophrénie, une réarticulation positive de l'expérience semble reposer sur une réouverture de son caractère pluriel et sur l'introduction d'une virtualité dans le trop-plein d'un vécu marqué par la souffrance, l'incertitude ou la psychose.

Le caractère feuilleté du sens

De la même façon que le sens d'un texte se fait jour aux interstices entre les éléments de ce texte et d'autres textes liés entre eux par une structure en rhizome, les questions de folie et de troubles psychiatriques font intimement partie de la trame que dessinent conceptions de la personne, repères identificatoires des relations sociales, rapports de domination et de résistance, tout comme ils renvoient au non-dit des structures sociales ou culturelles ou à ce qui les déborde.

Prenant appui sur ce qu'indiquent certaines recherches que j'ai réalisées, je me limite à mentionner ici deux des manières dont des questions de santé mentale peuvent être insérées dans une trame intertextuelle plus large.

La première découle de l'observation suivant laquelle les discours relatifs à la folie et à la marginalité dans une société particulière parlent en fait d'autre chose, de la façon dont le groupe cherche à définir son identité et à cerner un espace collectif viable et pensable dans un contexte sociopolitique particulier. Ainsi, lors d'une recherche réalisée en Abitibi, une région éloignée, du Québec, nous avons cherché à élucider l'architecture spécifique des signes, des interprétations et des pratiques relatifs à des problèmes de santé mentale, dans des communautés forestières, agricoles et minières (Corin *et al.* 1990). L'analyse a révélé l'existence d'un nombre limité de thèmes traversant les récits recueillis dans une sous-culture particulière et leur organisation en un filet sémantique dont les fils se croisent en quelques nœuds clés et constituent des figures distinctes dans chacun des sous-milieus. Des études ethnographiques parallèles ont également permis de déterminer des patterns et points nodaux autour desquels s'organise la vie sociale et culturelle de chacune des sous-cultures et qui renvoient eux-mêmes à des forces socio-économiques plus larges et à l'environnement naturel ayant façonné chacun des milieux culturels. L'expression « condition structurante » nous a servi à décrire l'influence de la réalité objective sur la culture, et celle d'« expérience organisatrice », les expériences fondatrices communes qui définissent le caractère distinctif de chacune des cultures. L'examen de la topographie de ces diverses relations a fait ressortir la cohérence relative des arrangements et filets qui relient les systèmes de signes, de

sens et d'action relatifs à la santé mentale aux valeurs culturelles dominantes et à l'organisation sociale spécifique de chacun des milieux. L'analyse a montré la nécessité de conjuguer l'examen d'une structuration logico-signifiante et de liens causaux-fonctionnels. La sémantique se trouve alors contextualisée à travers l'analyse de la « genèse » sociale et culturelle des représentations et des pratiques (Bibeau et Corin, sous presse).

La dimension intertextuelle des savoirs et pratiques en santé mentale se manifeste également à travers la façon dont des rituels thérapeutiques aménagent ou refigurent des ancrages identitaires. Ainsi, dans le cas du rituel thérapeutique de possession Zebola évoqué plus haut, le jeu des systèmes étiologiques permet à la personne de réinterroger le fondement des rapports sociaux, particulièrement ceux qui concernent les relations entre mondes masculin et féminin, et permettent d'introduire une sorte de *suspense* face aux contraintes de la loi. Dans le cas du rite de possession Mpombo, cette refiguration de la position personnelle se fait au sein d'un espace généalogique et redéfinit la manière dont circule la transmission entre les générations (Corin 1985). Dans les deux rituels, on peut dire que les esprits apparaissent comme une sorte de « case vide » qui médiatise les contraintes de l'ordre culturel, réouvre la chaîne des signifiants personnels et sous-tend la refiguration des identités personnelle, sociale et socioculturelle. Étant situés en marge et à la jonction des cadres personnel-intime et externe-collectif, les esprits permettent de refigurer leur hiérarchie et facilitent ainsi l'émergence d'une certaine individuation à l'intérieur d'un « soi collectif ». On pourrait montrer comment le déroulement du processus initiatique dans chacun des deux groupes vient soutenir cette reformulation des repères identitaires.

La position anthropologique

Il faut avoir conscience de ce que la position adoptée ici est elle-même inscrite dans notre appartenance à une ère postmoderne que Strathern (1992) décrit comme fascinée par un processus de « littéralisation », par la mise en lumière du caractère conventionnel des points de référence de ce que l'on considérerait comme allant de soi. Au-delà d'un effet de mode, cette attitude rend-elle possible l'émergence d'un effet de sens et de vérité qui permette non seulement de penser la folie dans ce qu'elle a d'impensable, mais aussi de contribuer au repérage ou à l'esquisse d'un « espace de jeu » (Maldiney 1986) qui pourrait relancer le mouvement des signifiants et des signifiés dans la psychose ?

Plusieurs des articles publiés dans ce numéro reprennent sous un angle particulier les perspectives présentées ici ou les développent dans d'autres directions, participant ainsi directement à la mise en acte d'un rhizome dont les fils se croisent ou s'éloignent selon des parcours à la fois singuliers et syntones. D'autres plongent plus avant dans la question des ancrages identitaires, pour mettre à jour des situations ou des moments où cadres et repères semblent basculer et ne permettent plus de fonder un sens crédible, ou au contraire pour illustrer le potentiel thérapeutique associé à une plongée dans la réalité qui se déploie en marge de l'espace social normatif.

Une première série d'articles se centre sur diverses modalités de mise en récit d'une expérience de souffrance ou d'angoisse et indique leur portée articulatoire

par rapport à cette expérience. Se méfiant des « grands récits », les auteurs tentent de chercher à rendre compte des discours et expressions qui s'échangent ou circulent autour de la maladie, ou encore des formes que prend l'expérience pour se dire dans un contexte où positions et symboles traditionnels semblent brouillés. Ce qui est au centre de l'analyse est une expérience vécue de déchirement, d'anxiété, de folie. Pour interpréter des récits recueillis en Turquie à propos de personnes souffrant d'épilepsie ou de crises convulsives, Good et Good recourent aux théories de la narrativité et plus particulièrement à l'analyse des stratégies de « mise en intrigue » développées par les patients et leur entourage. Ils montrent comment le caractère fragmenté, parfois contradictoire, des récits doit être compris dans le cadre plus large d'une stratégie de subjonctivisation qui permet aux narrateurs, eux-mêmes partie prenante des récits qu'ils racontent, de préserver l'indétermination de l'avenir et la possibilité de multiples lectures de la réalité. Kirmayer saisit la mise en récit au lieu même des symptômes : à partir d'une réflexion sur la métaphore, il s'intéresse à la question du rapport entre expérience corporelle et univers symbolique. Il s'oppose aux théories tendant à donner la primauté à l'un de ces deux registres ; à partir du cas d'une patiente qui se plaint de « flotter », il montre la nécessité de mettre au point des schémas plus complexes du rapport entre sensations, conscience et symptomatologie. Le contraste qu'il établit entre vérité narrative, tirant sa force de la cohérence du récit, et vérité poétique, dont le pouvoir est lié à la force évocatrice d'une seule image, l'amène à proposer une théorie de la psychothérapie visant à découvrir de nouvelles possibilités narratives latentes dans les métaphores propres du patient. Pandolfi s'intéresse à la place du corps dans l'expérience de la souffrance chez les femmes d'Italie du Sud. Partant du constat de la disparition de formes traditionnelles de possession liées à la morsure de la tarentule, elle cherche à comprendre le sens à donner au « corps muet, arrêté, bloqué dans la quotidienneté et l'événementiel » qu'elle rencontre et à la mise en récit particulière qu'en font les femmes. Elle s'inspire des travaux de De Martino sur la « crise de la présence » et de ceux de Gramsci sur l'identité subalterne pour montrer la nécessité de repenser les notions de subjectivité et d'histoire. Alors que la personne ou le groupe en position subalterne se protégeait en se dé-historifiant, le corps des femmes du Samnium est présenté comme un double mémorial sur les plans du temps et de l'espace. Devant la désaffection des modes traditionnels d'expression, c'est au moyen de certains choix rhétoriques que le corps est construit dans les récits.

Les deux articles suivants examinent le statut des stratégies narratives au sein des processus thérapeutiques : le premier en s'attachant à la manière dont les cliniques cherchent à circonscrire l'incertitude dans les cas dont l'évolution et le traitement apparaissent comme particulièrement problématiques, et le second, en explicitant la façon dont opère le travail sur le sens dans une pratique ethnopsychanalytique. DelVecchio Good, Munakata et Kobayashi montrent comment des cliniciens ayant à travailler avec des patients atteints du cancer construisent dans leurs récits thérapeutiques un temps narratif particulier qui maintient l'ambiguïté et aménage l'incertitude, amenant le patient à se centrer « sur le moment » et créant ainsi une expérience d'immédiateté. Comparant les contextes japonais et américain, les auteurs montrent que les défis principaux et les stratégies narratives qui leur sont liées varient selon les mondes locaux dont

font partie les pratiques médicales. L'article de Nathan nous entraîne plus loin dans la dynamique d'un processus thérapeutique et explore les postulats sous-jacents à la mise en place d'un cadre auquel participent des cothérapeutes appartenant à des cultures différentes. Le compte rendu d'un cas montre comment les interprétations et communications du patient, de son entourage et des cothérapeutes s'enchaînent et se répondent et permet à l'auteur d'explicitier l'arrière-plan théorique qui sous-tend chacune des interventions. Son hypothèse est que c'est à cet implicite théorique que réagissent le patient et son entourage plus qu'au contenu des interprétations. La technique thérapeutique apparaît en fait comme un outil de déstabilisation qui vient fragmenter la représentation du patient par l'effet de la multiplicité des étiologies mises en présence et qui permet de proposer une réorganisation d'un nouveau type.

Les articles qui suivent se centrent davantage sur la question des ancrages identitaires de la folie et sur la manière dont ils sont mis en jeu dans la thérapie. L'article de Corin, Bibeau et Uchôa montre que la référence culturelle n'est pas seulement repérable dans les récits étiologiques par lesquels on interprète la signification des problèmes, et qu'elle traverse également les signes et symptômes repérés et décrits à propos de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'analyse fait ressortir la façon dont signes dominants, connotations et sémantique des récits dessinent des sémiologies locales élaborées autour de nœuds organisateurs et qui sont partie intégrante de trames supranarratives, sociales et culturelles plus vastes. Les deux articles qui suivent déplacent l'analyse vers ce qui, dans le contexte social et culturel, peut déstabiliser les repères identitaires et inscrire le risque de psychose au cœur même du fonctionnement des signifiants culturels. À partir d'une étude de cas réalisée au Mali, Uchôa montre comment trame culturelle, destin individuel et histoire personnelle participent à la construction de la folie d'une jeune femme. Elle montre aussi comment la signification des gestes et comportements d'Ajaratou se construit dans un discours polyphonique où chacun est guidé par son propre ancrage dans un champ social et culturel en tension et en transformation. L'histoire de la patiente se situe elle-même sur l'horizon d'une société clivée entre une tradition omniprésente et un processus croissant de modernisation, l'ambiguïté de la position personnelle d'Ajaratou faisant écho à celle des codes culturels qui l'entourent. Le texte d'Apollon déplace doublement cette interrogation : en la situant au cœur du Québec contemporain et en examinant la manière dont l'évolution récente de la façon d'y poser l'Alliance et la filiation met en cause les conditions de l'Autorité et la possibilité de se situer comme sujet. Les changements dans la définition de la structure familiale et dans la légitimité relative assignée aux positions de père et de mère sont analysés sous l'angle du remplacement d'un fondement symbolique par un ordre juridique où les rapports entre les personnes sont fondés sur un contrat toujours révocable plutôt que sur une convention symbolique. Dans ce contexte, l'Alliance et la filiation se trouvent profondément modifiées, comme l'est aussi la question de l'Autorité, centrale tant dans la constitution de l'ordre culturel que dans l'enjeu de la psychose.

Les deux articles suivants se situent à nouveau du côté de la thérapie. Yeh part de l'analyse de la rhétorique en justifiant la mise sur pied d'un système de soins intégrés pour le traitement de l'épilepsie au Japon. Elle montre comment la

mise en acte, tout en faisant apparemment écho à un mouvement international qui prône la normalisation des personnes atteintes, est en fait reformulée implicitement de manière à légitimer l'idéologie dominante en matière de conception de la personne et des rapports sociaux. Un mouvement qui se donnait à l'origine comme objectif de lutter contre la discrimination dont sont l'objet les épileptiques se trouve ainsi subverti au profit d'objectifs moraux visant à réformer les personnes et les comportements et à promouvoir l'harmonie et la cohésion du groupe. La question du rapport au social se trouve en quelque sorte inversée dans l'analyse que Devisch fait d'un rituel thérapeutique yaka. Le rituel est décrit comme se développant en marge des structures établies et socialement légitimes de la société : il permet de renouer avec la source utérine de la vie et avec l'objet primaire, de retisser les liens les plus vitaux. Les différentes étapes du rituel permettent la création d'un rapport en miroir entre des figurines et le corps propre du patient et mettent en acte une transition graduelle du silence à l'être humain accompli et inséré dans les rôles sociaux. C'est donc en sortant des codes qui définissent l'identité sociale et en renouant avec les sources de la phylogenèse et de l'ontogenèse que se déploie le processus thérapeutique qui vient réarticuler des champs transitionnels d'ordre libidinal et subjectif à des logiques sociales et éthiques.

Le texte de François Peraldi que nous avons choisi de présenter dans la section *Débat* prend un sens tout particulier dans le contexte de la mort récente de son auteur. C'est un texte provocateur, que nous avons publié comme il nous l'a adressé et qui rejoint directement l'enjeu à la base de ce numéro consacré à une réflexion sur les folies, espaces de sens. Peraldi s'attaque à la biologisation de la sexualité et du désir qui lui paraît dominer de plus en plus les discours sur l'homosexualité et rappelle que sexualité et désir ne prennent sens que dans un rapport au langage et au fantasme, au lieu de l'Autre. Psychanalyste et sémioticien connu, François Peraldi nous a laissé sur le désir homosexuel un texte auquel il tenait et que nous publions dans son caractère ouvert, marqué par l'exigence d'un dialogue que nous poursuivons à travers et malgré son absence.

Références

- BARTHES R.
1970 *S/Z*. Paris : Éditions du Seuil (Coll. Points).
- BIBEAU G. et E. Corin (dir.)
s.p. *Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Berlin : Mouton de Gruyter.
- BIONDI M. et J.D. Kotzalidis
1990 « Human Psychoneuroimmunology Today ». *Journal of Clinical Laboratory Analysis*, 4 : 22-38.
- CORIN E.
1990 « Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 153-188.

- CORIN E., G. Bibeau, J.-C. Martin et R. Laplante
 1990 *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- DANTZER R. et K.W. Kelley
 1989 « Stress and Immunity : An Integrated View of Relationships between the Brain and the Immune System », *Life Sciences*, 44 : 1995-2008.
- ECO U.
 1988 *Sémiotique et philosophie du langage*. Paris : Presses Universitaires de France.
- EY H., P. Bernard et C.H. Brisset
 1974 *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson et compagnie.
- FOUCAULT M.
 1971 *L'histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Union générale d'édition.
- GOOD B.J. et M.-J. DelVecchio Good
 1981 « The Meaning of Symptoms. A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice » : 165-196, in L. Eisenberg, A. Kleinman (dir.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht : D. Reidel Publishing Co.
- GRIVOIS H.
 1987 « Synthèse » : 55-63, in E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault, M. Tousignant (dir.), *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Montréal : Éditions du GIRAME.
- JASPERS K.
 1963 *General Psychopathology*. Manchester : Manchester University Press.
- KIECOLT-GLASER J.K. et R. Glaser
 1989 « Psychoneuroimmunology : Past, Present and Future », *Health Psychology*, 8, 6 : 677-682.
- KLEINMAN A.
 1988 *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York : The Free Press.
- KLERMAN G.L.
 1984 « The advantages of DSM-III », *The American Journal of Psychiatry*, 141, 4 : 539-542.
- KRISTEVA J.
 1969 *Semiotikè. Recherches pour une sémioanalyse* (extraits). Paris : Éditions du Seuil (Coll. Points).
- LANTERI-LAURA G.
 1973 « Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 9-172, 37101-A10.
- LEIGHTON A.H.
 1982 *Caring for the Mentally Ill People*. Cambridge : Cambridge University Press.
- MALDINEY H.
 1986 « Daseinsanalyse : phénoménologie de l'existant ? » : 9-26, in P. Fédida (dir.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Paris : Édition GREUPP.
- RICOEUR P.
 1985 *Temps et récit. 3. Le temps raconté*. Paris : Éditions du Seuil.
- STRATHERN M.
 1992 *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*. Cambridge : Cambridge University Press.